

# UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA*



## INFORME DE INVESTIGACION

“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL  
REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRADO DE  
HUÁNUCO 2014”

**TESIS DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**TESISTA** : ESPINOZA RAMOS, YUMI IRIS

**ASESOR (A)** : Lic. BORNEO CANTALICIO ELER

**HUÁNUCO – PERÚ  
2016**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Samuel y Rosa con mucho amor,  
por su apoyo, sacrificio y motivación constante.

## **AGRADECIMIENTO**

- Agradecemos a Jesucristo, mi Dios y salvador, que nos provee todo.
- También un agradecimiento muy especial a mis padres: Samuel, y Rosa, por su amor, aliento constante y por el sacrificio que hicieron por darnos una profesión.
- A todas las personas voluntarias que colaboraron conmigo para culminar satisfactoriamente mi carrera profesional.
- A nuestro asesor de tesis. Lic. Eler Borneo Cantalicio por su incondicional apoyo y colaboración para realizar este trabajo.
- A la Universidad De Huánuco y a los que me impartieron conocimientos y estuvieron a cargo de los diversos cursos.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo simple con 82 profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco, durante el periodo 2014. En la recolección de datos se utilizó una escala sobre cultura de seguridad del paciente. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste.

**RESULTADOS:** En general, 95,1% (78 enfermeros) manifestaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente, asimismo tuvieron nivel de percepción media del 87,8% en resultados de la cultura de seguridad; 97,6% en cultura de seguridad a nivel del servicio y 80,5% en cultura de seguridad a nivel de todo el hospital. Mediante la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ).

**CONCLUSIONES:** Existió predominio de una percepción de nivel medio de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

*Palabras clave: cultura de seguridad, paciente, enfermería, hospital.*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Determine the perception of nursing professionals about the culture of patient safety.

**METHODS:** A simple descriptive study with 82 nurses of Hermilio Valdizán Medrano Huánuco Hospital took place during the period 2014 data collection was used a scale of patient safety culture. For the inferential analysis of the results the chi-square test was used for goodness of fit.

**RESULTS:** Overall, 95.1% (78 nurses) reported an average perception of patient safety culture also had average perceived level of 87.8% on results of safety culture; 97.6% in safety culture at the service level and 80.5% at level security culture throughout the hospital. By Chi-square test it was found statistically significant differences between these frequencies ( $P \leq 0,000$ ).

**CONCLUSIONS:** Existed predominance of mid-level perception of the culture of patient safety in nursing professionals Hermilio Valdizán Huanuco Hospital.

*Keywords: safety culture, patient, nurse, hospital.*

## INTRODUCCION

Bajar los riesgos de daños poco necesarios relacionados con la asistencia de salud hasta algo aceptable es un factor reconocido a nivel mundial como un ente importantísimo para conseguir la seguridad del paciente y calidad de servicio (1).

En los servicios de salud, una fortaleza con competencia es la calidad de atención que brindan los nosocomios. La comunidad exige en mayor medida la excelencia en los servicios que a ella son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la asistencia a los pacientes (2).

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está surgiendo como algo importante y esencial para evitar la presencia de incidentes, por la forma de comunicación de los profesionales sobre errores que se cometen en el servicio y así prevenir nuevos incidentes (3).

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importantísimo para una sociedad y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud (4). Hay un entendimiento común de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, los cuales son el trabajo multidisciplinario, el soporte de los líderes y la comunicación (5).

En el mismo sentido, Gluck (6) comunica que la seguridad del paciente en

las organizaciones de salud constituye una transformación elaborada de sus paradigmas de complejidad. Se trata de una evolución cultural y organizacional, cuyo objetivo más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas dirigidas al paciente: calidad y atención. Es un camino extenso, lento, con obstáculos, que incluye esfuerzo, persistencia y compromiso.

En tal sentido, nuestro estudio es el resultado de la investigación desarrollada en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, efectuada con el objetivo de determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente de los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Unidad Cuidados Intensivos, Emergencia y Ginecología.

Por tal motivo, la investigación se organiza en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Del mismo modo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales.

Por último, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Introducción	v
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	
1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Objetivos	07
1.4. Hipótesis	08
1.5. Variables	09
1.6. Operacionalización de las variables	10
1.7. Justificación e importancia	12
1.7.1. A nivel teórico	12
1.7.2. A nivel práctico	12
1.7.3. A nivel metodológico	12
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes de investigación	13
2.2. Bases teóricas	17
2.2.1. Teoría de promoción de la salud	17
2.3. Bases conceptuales	19

### **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de estudio	32
3.2. Diseño del estudio	32
3.3. Población	33
3.4. Muestra y muestreo	34
3.5. Métodos e instrumentos utilizados en la investigación	34
3.6. Procedimientos de recolección de datos	35
3.7. Elaboración de los datos	35
3.8. Análisis de los datos	36
3.9. Consideraciones éticas	36

### **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Resultados descriptivo	37
4.2. Resultados inferencial	53

### **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

5.1. Discusión de los resultados	57
----------------------------------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	62
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	63
------------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	64
-----------------------------------	----

<b>ANEXOS</b>	75
---------------	----

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **1.1. Descripción del problema**

La inseguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. El problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público (7).

A partir de una documentación de incidencias negativas en la calidad de atención de salud indicada en 55° asamblea mundial de la salud 2002(8) lo cual hizo hincapié del alto costo tanto de materiales y servicios de salud y de vital importancia para vigilar y conservar al paciente su bienestar. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se hizo notar los errores que trascienden en los procesos de atención en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones que discapacitan o causan muerte como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención

insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo.

Por otro lado, la carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. Los gastos se generan debido a una atención insegura debido a hospitalización, infecciones intrahospitalarias o gastos médicos que llevan a costar entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. Durante el año por la mala administración de inyecciones o la falta de precauciones en la misma puede generar un costo que se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos (10).

En diversas investigaciones se encontraron incidencias adversas (11) basadas principalmente en la revisión de historias clínicas, la cual ha variado desde el 2,9% hasta el 16,6%, de los cuales destaca de varios hospitales involucrados, el Estudio de Harvard Medical Practice, Utah y Colorado y Quality in Australian Health Care (12).

Del mismo modo, los eventos no favorables -incidentes que ocasionan un daño innecesario a un paciente (13)- son, la mayoría de las veces, resultado de una desafortunada cadena de acontecimientos (14). Se calcula que alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados sufren eventos adversos (15), de los que aproximadamente la mitad pueden ser evitados (16).

En España, el estudio sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) (17) mostró que hasta el 9,3% de los pacientes ingresados en un hospital sufren algún efecto adverso relacionado con la atención sanitaria. Las principales causas identificadas son el uso de medicamentos (37,4%), la

infección nosocomial (25,4%) y la aplicación de técnicas y procedimientos (25,0%). En un 43% de los casos, podrían haber sido evitados.

Según la OMS, en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos que fueron adulterados, la infraestructura y los equipos médicos en mal estado, el escaso control de las infecciones y la escases de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a que aumente ocurrencias de eventos adversos evitables (18).

En el Perú, según una investigación operativa, los investigadores Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno (19) encontraron en el Hospital Nacional Dos de Mayo mediante una vigilancia activa entre el 1 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006, una tasa de eventos adversos del 3,9%. Los eventos adversos más detectados fueron las infecciones hospitalarias, con 241 (70%), y el servicio de neonatología es el que tiene el mayor número de casos: 47 (19,5%); entre éstos, la sepsis hospitalaria neonatal (19 casos) fue la más frecuente. La segunda causa de eventos adversos fue las reacciones adversas a medicamentos (RAM), con 49 (14,2%) casos, de los cuales 39 (79,6%) ocurrieron durante el tratamiento antirretroviral.

En cambio, a nivel de nuestro departamento Huánuco no existen investigaciones al respecto.

En cuanto a investigaciones sobre la percepción de la seguridad del paciente, encontramos a Vangeest y Cummins (20) quienes realizaron un estudio con enfermeras y psicólogos donde reflejan que el 95,2% de los Enfermeros sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como

una cuestión muy importante en la asistencia médica y un componente necesario del cuidado de calidad.

Asimismo, Fajardo, Rodríguez, Arboleya, Rojano, Hernández y Santacruz (21) menciona que la medición de las diferentes dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente constituye un elemento diagnóstico importante que forma parte del proceso para mejorar la seguridad del paciente.

Jaraba, Sartolo, Villaverde, Espuis y Rivas (22) encontraron en una evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria que la dimensión mejor valorada hace referencia al “Trabajo en equipo dentro del servicio” con una tasa de respuestas positivas del 64,7%. Ninguna otra de las dimensiones valoradas alcanzó un porcentaje de respuestas positivas del 50%. La peor calificada fue “Dotación de personal” con un porcentaje del 68,1% de respuestas negativas y a la que solo un 15,9% respondieron con una opinión positiva. Con una alta proporción de respuestas negativas encontramos también “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” (54,9% de respuestas negativas), “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios” y “Trabajo en equipo entre servicios” con un 46% y un 40,9% respectivamente. La dimensión “Percepción de seguridad” también contó con una tasa de respuestas negativas del 40,9%.

Singer, Gaba, Geppert, Sinaiko, Howard y Park (23) y Hellings, Schrooten, Klazinga y Vleugels (24) mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos.

Por último, es importante tomar en cuenta que es muy importante para la enfermería y para una buena atención de salud la seguridad del paciente (25) y como algunos investigadores lo consideran, las enfermeras son a quienes más le relaciona conocer sobre este tema (26), ya que ellas permanecen mayor tiempo al lado del paciente y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados que se les brinda por ellas o por otros profesionales de la salud, por lo cual el presente estudio tiene como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente percibida por profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco.



## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general:**

Se propone la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad del Hospital en estudio?
- ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio del Hospital en estudio?
- ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital del Hospital en estudio?

### **1.3. Objetivos.**

#### **1.3.1. Objetivo General:**

- Determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos:**

- Establecer la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad del Hospital en estudio.
- Evaluar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio del Hospital en estudio.
- Valorar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en estudio.

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general:**

Debido a que la presente investigación corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.

### **1.4.2. Hipótesis descriptivas:**

Ha<sub>1</sub>: La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad (alta/media/baja) son diferentes.

Ha<sub>2</sub>: La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio (alta/media/baja) son diferentes.

Ha<sub>3</sub>: La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (alta/media/baja) son diferentes.

## **1.5. Variables**

### **Variable principal:**

Cultura de seguridad del paciente

### **Variables de caracterización:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Servicio en el que labora
- Situación laboral
- Años de experiencia profesional como enfermera
- Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución

## 1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>					
Cultura de seguridad del paciente	Resultados de la cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de eventos notificados</li> <li>• Percepción de seguridad</li> </ul>	Alta(Muy en desacuerdo y en desacuerdo) Media(Indiferente y de acuerdo) Baja(Muy de acuerdo)	Cualitativa	Ordinal
	Cultura de seguridad a nivel del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad</li> <li>• Aprendizaje organizacional/Mejora continua</li> <li>• Trabajo en equipo dentro del servicio</li> <li>• Franqueza en la comunicación</li> <li>• Retroalimentación y comunicación sobre errores</li> <li>• Respuesta no punitiva a los errores</li> <li>• Dotación de personal</li> <li>• Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</li> </ul>	Alta(Muy en desacuerdo y en desacuerdo) Media(Indiferente y de acuerdo) Baja(Muy de acuerdo)	Cualitativa	Ordinal
	Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo en equipo entre Servicios</li> <li>• Problemas en cambios de turno y transición entre servicios</li> </ul>	Alta(Muy en desacuerdo y en desacuerdo) Media(Indiferente y de acuerdo) Baja(Muy de acuerdo)	Cualitativa	Ordinal
<b>VARIABLES DE CARACTERIZACION:</b>					
Edad	Única	Edad	Años	Cuantitativa	De razón
Género	Única	Género	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Única	Estado civil	Casado Conviviente Soltero Viudo	Cualitativa	Nominal

			Separado		
Nivel de estudios	Única	Nivel de estudios	Especialización Maestría Doctorado Educación continuada	Cualitativa	Ordinal
Servicio en el que labora	Única	Servicio en el que labora	Medicina Cirugía Pediatria Neonatología UCI	Cualitativa	Nominal
Situación laboral	Única	Situación laboral	Nombrado Contratado	Cualitativa	Nominal
Años de experiencia profesional como enfermera	Única	Años de experiencia profesional como enfermera	En años	Cuantitativa	De razón
Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente e dentro de la institución	Única	Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución	En años	Cuantitativa	De razón

## **1.7. Justificación e importancia**

### **1.7.1. A nivel teórico**

El estudio se justifica porque contribuye al conocimiento de la frecuencia, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes sobre la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario sobre todo en los servicios de hospitalización de pacientes.

También, nuestros resultados sirven para revisar, desarrollar o apoyar conceptos o teorías en futuros estudios.

### **1.7.3. A nivel práctico**

Respecto a la aplicabilidad práctica del estudio de investigación contribuye a la planificación de estrategias de monitorización y vigilancia, y a orientar las políticas y actividades dirigidas a su prevención sobre todo relacionados a los eventos adversos.

### **1.7.3. A nivel metodológico**

La investigación permite elaborar y probar sobre todo la validez interna de un instrumento de recolección de datos sobre la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

Asimismo, el estudio contribuye a confirmar el valor de los estudios descriptivos de corte transversal. Y, ayudaran a la mejora en la forma de recolectar los datos limitando los sesgos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes de investigación**

Se tuvieron en consideración los siguientes antecedentes:

##### **A nivel internacional**

En España, durante el periodo 2013, los investigadores Rodríguez-Cogollo, Paredes-Alvarado, Galicia-Flores, Barrasa-Villar y Castán-Ruiz (27) realizaron un estudio transversal con el objetivo de conocer la cultura de seguridad del paciente en los residentes de medicina familiar y comunitaria para conocer estrategias de mejora. Tuvieron en cuenta una encuesta online dirigida a los residentes de las unidades docentes de medicina de familiar y comunitaria de Aragón-España. Se utilizó el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) traducido, validado y adaptado al español. Se observaron resultados positivos en el “seguimiento de la atención a los pacientes” y el “trabajo en equipo”. Se pudieron identificar diferencias muy sobresalientes en las dimensiones “intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, “formación del personal” y “percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”. Los participantes del estudio valoraron negativamente el “ritmo y carga de trabajo”.

También, en España, durante el segundo trimestre de 2011, Jaraba, Sartolo, Villaverde, Espuis y Rivas (28), diseñaron un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad de los Médico Interno Residente de Medicina de Familia. Los participantes fueron los 52

facultativos MIR de Medicina Familiar y Comunitaria pertenecientes a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Zaragoza III. Como cuestionario se utilizó la versión española del “Hospital Survey on Patient Safety”. Se dio a conocer las fortalezas y oportunidades para poder mejorar el servicio de Urgencias. Dentro de los resultados, demostraron que la dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo en urgencias. Las peor calificadas fueron “dotación de personal” y “apoyo de la gerencia”. Ningún encuestado había notificado incidentes en el servicio.

En México, en el 2009, Fajardo-Dolci, Rodríguez-Suárez, Arboleya-Casanova, Rojano-Fernández, Hernández-Torres y Santacruz-Varela (29) realizaron un estudio transversal y descriptivo con el objetivo de evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud mediante una encuesta a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente. Encontraron la percepción global sobre la seguridad de 51%. La dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68%). Se encontraron valores de alfa de Cronbach bajos para las dimensiones de percepción global de la seguridad (0.35), respuesta no punitiva al error (0.55) y asignación de personal (0.12).

En Bogotá-Colombia, Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus y Soto (30) realizaron un estudio descriptivo, transversal, exploratorio durante el 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on

Patient Safety Culture el cual dio resultados donde se puede apreciar que la cultura de seguridad del paciente se da por la falta de coordinación y buena comunicación entre el personal de enfermería y la gerencia a cargo de la seguridad del paciente. Se debe mejorar la percepción del personal ya que es insuficiente además del alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los que participaron del estudio indican que al dar a conocer los eventos adversos corren el riesgo de sufrir acciones punitivas en su contra.

### **A nivel Nacional**

En el año 2010, Aranaz-Andrés, Aibar-Remón, Limón-Ramírez, Amarilla, Restrepo, Urroz, et al. (31) con el objetivo de describir las características y metodología del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS): prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, que persigue realizar una aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los eventos adversos (EA); identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente; incrementar profesionales críticos e involucrados en la seguridad del paciente lo cual se debe incorporar a la agenda de los países objetivos y debe realizar actividades para mejorar la seguridad del paciente. Estudio observacional de tipo transversal. Complementariamente, estudio de seguimiento retrospectivo para estimar la incidencia de EA en una muestra de los sujetos del estudio. El ámbito de estudio fueron 58 hospitales de cinco países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. La elección de los hospitales fue por conveniencia. La muestra se seleccionó a todos los pacientes de cualquier edad ingresados en el momento del estudio (una semana del mes de septiembre),

independientemente de la causa del ingreso o la especialidad o el servicio. Dentro de los resultados demostraron que el diseño transversal es eficiente en tiempo y recursos y fácil de realizar, y aunque no permite estudiar la totalidad del episodio de hospitalización, ha demostrado ser capaz para sostener un sistema de vigilancia. Debido a una posible disminución de supervivencia, los EA que ocasionen un ingreso se verán sobrerrepresentados, y también aquellos relacionados con la infección intrahospitalaria o los que son difícil de identificar si no se observa al paciente. La comunicación con el personal de planta (mientras el paciente está hospitalizado) favorece el juicio de la causalidad del efecto adverso y hacerlo evitable.

En Lima- Perú, con el objetivo de establecer un sistema de notificación de eventos adversos (EA) en el Hospital Nacional Dos de Mayo, los investigadores Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno (32) diseñaron un Investigación operativa, centrada en la puesta en funcionamiento de un sistema de notificación voluntario, confidencial y con vigilancia activa entre el 1 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006. El modelo para el abordaje de los EA fue de carácter sistémico. Del total de egresos en ese período fue de 8.964 y la cantidad de eventos reportados fue de 347, lo que arrojó una tasa de EA del 3,9%. El total de eventos potenciales fue 12 (0,13%). Los EA más frecuentemente reportados fueron: neumonía hospitalaria, 61 (17,6%); reacción adversa medicamentosa (RAM), 49 (14,1%), e infección de herida operatoria, 39 (11,2%), entre otras.

## **A nivel local**

A nivel local no se encuentran estudios relacionados a la cultura de seguridad del paciente, por lo que nuestra investigación centraran las bases para futuras investigaciones.

## **2.2. Bases teóricas**

En relación a las bases teóricas que sustenta el tema en estudio, se tuvo en cuenta a la siguiente teoría.

### **MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD:**

Esta teoría identifica en la persona factores cognitivos-preceptúales que son cambiados por las características del lugar, individuales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorables de salud, si en caso existe alguna razón para la acción (33).

Este modelo sirve para identificar conceptos sobresalientes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que hagan más fácil la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa perfeccionándose y ampliándose en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se entiende influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que hacer conocer la vida saludable que es de vital importancia antes que los cuidados porque de esa forma habrá menos personas enferma, se

hará uso de menos recursos, se le da independencia a las personas y se lograra una vida saludable hacia el futuro” (34)

### **METAPARADIGMAS:**

**Salud:** Estado de la persona en forma muy positiva. La definición de salud tiene mayor importancia que cualquier otro tipo de enunciado.

**Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría de Pender. Cada persona es único con su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

**Entorno:** en la teoría de Pender representan las relaciones entre los factores cognitivo- preceptúales y los factores modificantes que influyen para la aparición de conductas promotoras de la salud.

**Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su importancia durante los últimos cien años, por lo cual la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera representa la encargada principal de motivacion a los usuarios para que mantengan la salud del individuo (35).

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía realizarse antes que las acciones preventivas en sí. Esto se constituyó como algo novedoso, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad (36)

Además, llego a conocer que los factores cognitivos perceptuales de las personas, pueden cambiar por condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en comportamientos que favorecen la salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud de Pender, es uno de los que más predomina en promocionar la salud en enfermería; según este modelo la promoción de la salud y los estilos de vida, se dividen en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas conceptos, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que conllevan comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, esta interrelacionado con la toma de decisiones o acciones que favorecen la salud.

La procreación de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un factor altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma al individuo como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la invulnerabilidad, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le brinda importancia al conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo llamado cultura, la cual es aprendida y transmitida por generaciones una tras otra.

El modelo de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera es la **Acción Razonada**: que al inicio fue basada en Ajzen y Fishben, describe que el mayor determinante de la conducta, es la intención

o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo realice una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Aumentando a lo anterior, la auto-eficacia se puede definir como la confianza de un individuo hacia su habilidad para tener éxito en determinada actividad. Según Pender, su Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, aparte de la valoración de las formas de pensar en salud, en razón a que estas últimas determinan la hora de tomar decisiones o asumir un comportamiento saludable u obtener un riesgo para la salud, en razón a su alto nivel de interiorización y la manera de captar la realidad en la cual se encuentra.

Valorar las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan los comportamientos adoptados por la persona; según el Modelo propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- La acción percibida en sus beneficios o sus resultados esperados, proporcionan motivación para lograr una conducta de promoción de la salud,

en la cual se prioriza los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que puedan ser imitadas.

- La existencia de barreras para la acción, que pueden ser personales, interpersonal la salud desempeña un papel esencial al obtener el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá conocer las dificultades que se presentan y de esa forma nos permite diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir un comportamiento de riesgo con la finalidad de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

- La auto-eficacia; Bandura a podido encontrar, que las personas que se captan así mismas competentes en un dominio particular realizarán varias veces un comportamiento en las que ellos resaltan; la eficacia de uno mismo es un sistema que brinda mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una regulación personal de sus pensamientos, sentimientos y acciones.

- Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son relevantes para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y llamativas que generen beneficios para muchas personas o una comunidad.

- Las influencias entre las personas, constituyen aspectos relevantes de motivación para las conductas de salud, el auge de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, es positivo porque promueve un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, lo cual podría ser tomada en cuenta como algo

valioso para la creación de un comportamiento que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunos factores del medio social y económico, que tengan por objetivo el cambio de conducta en una persona.

- Edad: Es importante ya que determina la edad vital del individuo; a partir del ciclo vital en la que la persona se encuentre se verá inmerso la forma de estilo de vida.
- Género: es un determinante del comportamiento del individuo, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo opte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la incidencia de algunas patologías que se verán reflejadas en mayor número en un género en especial.
- Cultura: es una condición muy importante que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: componente esencial para llevar o tomar en cuenta un estilo de vida saludable, ya que el hecho de estar en una determinada clase sea media o alta se tendrán muchas más alternativas al instante de poder optar una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones serán limitadas por falta de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.

- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Pender, es un componente que incluye la identificación y la valoración de conductas en los individuos, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben facilitar a que las actividades en promoción de la salud sean adecuadas, efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, la cultura de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo está en constante perfeccionamiento y esta siendo ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Cultura de seguridad**

#### **2.3.1.1. Definiciones**

La cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo (37). Además, crea un sentido de identificación y establece lazos de vida entre toda una organización y sus objetivos que este posee. Referida a la salud que es el resultado de la interrelación entre los miembros del equipo sanitario para la atención del paciente, los cuales están regidos bajo principios éticos y científicos y sensibilizando todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, no se da con frecuencia que los profesionales tengan comportamientos desviados en la

atención médica y estos afectan una buena calidad y seguridad del paciente (38).

Así, la cultura en este contexto es lo que surge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad, incluyendo a sus miembros, sus sistemas y actividades laborales; para ello las instituciones establecen estándares de calidad más elevados y necesarios que justifican su acreditación como sistemas de salud, modificando sus estructuras y procesos para evitar riesgos hospitalarios y responder al derecho a la seguridad que tienen los pacientes (39).

Se dice que la cultura de una organización es el corazón de la misma. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que componen el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. En pocas palabras, representa la manera de funcionar específica de cada organización (40).

La cultura de una organización es la manifestación de una serie de premisas interiorizadas por sus componentes que comparten y asumen en temas como la interrelación entre seres humanos, instituciones y entornos. Estas sugerencias les permiten encontrar vías comunes para interpretar las situaciones y darle un sentido a su existencia profesional y personal (41). Los valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos, directivas y funcionamiento de una organización son varias formas de expresarlos (42).

La cultura da un sentido de identidad y establece un vínculo esencial entre los miembros de una organización y su misión, y se considera el factor determinante del éxito o fracaso de la misma. Fortalece el compromiso con

los objetivos organizativos y aporta orientación para entender y reforzar las pautas de comportamiento. La cultura está en constante cambio con sus distintos elementos de una organización. Por tanto, una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Este objetivo se conceptualiza por principios corporativos formales y se hace conocer a los miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización los cuales deben ser aplicados a su práctica diaria. Una cultura de seguridad se forma por el esfuerzo de varias personas de una organización que se encaminan con un solo objetivo el cual es mantener la buena seguridad de ellos y de todos cuanto forman parte de su parte laboral y sistema (43).

#### **2.3.1.2. Interacción entre cultura de la calidad y cultura de la seguridad**

Para una organización crear una cultura de seguridad es una tarea más fácil que ya cuenta con una mejora continua de la calidad (CQI, siglas en inglés de "continuous quality improvement") en su cultura organizativa. Los hospitales con un programa CQI pueden encontrarse con menos barreras a la implementación de iniciativas de seguridad porque ambos enfoques tienen una filosofía y una metodología similares (44).

El enfoque CQI supone la consideración de los procesos de trabajo y la interacción entre sus participantes. Capacita a los profesionales vinculados a funciones que prestan atención sanitaria a aplicar una mirada crítica sobre ciertos aspectos de la calidad de la asistencia como, por ejemplo, su

eficacia. El objetivo de este ejercicio es destapar cualquier deficiencia en la calidad, analizar los procesos subyacentes que contribuyen a dichas deficiencias y, a continuación, rediseñar estos procesos para eliminar las posibilidades de error, o al menos mitigarlas. Una herramienta CQI eficaz es el modelo conocido como PDCA (siglas de “Plan-Do-Check-Act”, es decir “planificar, hacer, verificar, actuar”) que hace uso de un aprendizaje inductivo que analiza los cambios y evalúa la eficacia de los mismos en escenarios de trabajo real. Este modelo de aprendizaje a pequeña escala puede aplicarse después a un modelo de aprendizaje a gran escala. Algunas publicaciones sostienen que, en términos generales, las instituciones con una cultura de la calidad funcionan con mayores niveles de eficacia organizativa. Las organizaciones que se centran en la prevención de errores y en la búsqueda de enfoques innovadores que mejoren la calidad son las de mayor grado de eficacia. La integración ideal de ambas culturas consiste en adoptar la seguridad como el aspecto principal de la calidad y combinar técnicas de calidad y seguridad en una estrategia organizativa integral (45).

### **2.3.2. Seguridad del paciente**

#### **2.3.2.1. Definiciones**

La seguridad del paciente son varios aspectos de estructura, proceso que se basan en evidencias científicamente probadas, que pretenden disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso cuando reciban atención de salud o en todo caso se pueda minimizar sus consecuencias (46).

Asimismo, el Ministerio de la Salud (47), define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud

mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Cabe señalar, que el concepto de seguridad en el campo de la salud es amplio y complejo, ya que incluye diversas categorías o dimensiones de análisis que van de lo general a lo particular: seguridad humana, seguridad hospitalaria, seguridad clínica y seguridad del paciente. Estas categorías se relacionan entre sí, pero cada una tiene riesgos propios que es necesario evaluar y gestionar. A continuación se describen sucintamente (48).

### **2.3.2.2. Dimensiones**

#### **a. Seguridad humana**

El concepto de “seguridad humana” fue usado a principios de la década de 1990 como sinónimo de paz social y ausencia de guerra (49). Al inicio se le relacionó con el desarrollo social y se usó para promocionar la protección del individuo contra la exposición a riesgos, con el fin de crearle condiciones de seguridad para una vida saludable, productiva y de mayor calidad. En el campo del desarrollo social, la seguridad humana incluye las siguientes siete dimensiones: política, económica, ambiental, personal, comunitaria, salud y alimentación (50). El Índice de Desarrollo Humano se utiliza como parámetro para evaluar el desarrollo social, donde la esperanza de vida y la tasa de mortalidad en menores de cinco años se emplean como trazadoras del estado de salud de la población (51). La conceptualización de seguridad humana sigue vigente y la Organización de las Naciones Unidas lo uso en el año 2000 como parte del marco conceptual para definir los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (52).

En 2002, la directora general de la Organización Mundial de la Salud resalto la relación entre seguridad humana y salud, al afirmar que “la salud para todos es indispensable para la seguridad humana y la buena salud es indispensable para la buena seguridad futura en el planeta” (53). Por su parte, la directora de la Organización Panamericana de la Salud ha señalado que “la seguridad humana significa proteger las libertades vitales. Significa proteger a las personas expuestas a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y aspiraciones” (54).

#### **b. Seguridad hospitalaria**

Esta definición es usada desde la década de 1980 y en 2004, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, aprobaron una resolución sobre seguridad hospitalaria y establecieron como meta la construcción de hospitales con un nivel de protección que les permita continuar brindando servicios incluso en situaciones de desastre (55). En enero de 2005 se llevó a cabo la “Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres” en Kobe, Hyogo, Japón, en la que 168 países ratificaron la meta citada y dentro de las medidas de reducción de riesgo se pusieron de acuerdo para reducir riesgos de desastre en el sector salud, con el fin de contar con “hospitales libre de desastres”, y que la construcción de nuevos hospitales se efectúe con un grado de resistencia que pueda hacer que estos sigúan funcionando en situaciones de desastre. Por su parte, durante la Vigésima Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana se tomó en cuenta el siguiente concepto operativo de hospital seguro: “establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad y en su misma infraestructura durante una amenaza natural e

inmediatamente después de la misma”. Asimismo, se determinó que la vulnerabilidad funcional del hospital es la principal causa de falta de servicio después de un desastre (56, 57).

Los hospitales cumplen importantes funciones asistenciales y de salud pública, así como en los campos de la enseñanza y la investigación, razones suficientes para promover su seguridad (58). La seguridad hospitalaria consiste en crear condiciones de seguridad para la vida de los pacientes, el personal y los visitantes del hospital. Para evaluar el grado de seguridad se utiliza el “Índice de Seguridad Hospitalaria”, que incluye aspectos estructurales, no estructurales y funcionales. Este índice permite saber si la seguridad es alta, media o baja y para determinarlo se utiliza una herramienta de evaluación rápida, confiable y de bajo costo (59). Los resultados de la evaluación se utilizan en la formulación de planes para gestionar y corregir riesgos estructurales, no estructurales y funcionales encontrados en el hospital, que al mismo tiempo aumenta la seguridad para los pacientes y el personal de salud. Podemos poner como ejemplo claro de “inseguridad hospitalaria” el colapso de hospitales durante los terremotos de enero y febrero de 2010 en Haití y Chile, los cuales limitaron la capacidad para atender a los pacientes incrementando las muertes y la discapacidad de las mismas.

### **c. Seguridad clínica**

Esta categoría es fundamental para la seguridad de los pacientes, ya que en ella está inmerso acciones de seguridad acerca del diagnóstico, tratamiento, procesos de atención, insumos utilizados y capacidad del personal de salud.

Como ocurre con los otros tipos de seguridad descritos, la seguridad clínica no es nueva y algunas publicaciones citan su origen desde el tiempo de Hipócrates (60).

La seguridad clínica se relaciona estrechamente con el estilo gerencial y la “microgestión” que realizan los gerentes o jefes de los servicios clínicos (61).

Operativamente, dicha seguridad depende básicamente de dos factores:

a) Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud.

Se debe tener en cuenta que las funciones y la forma de cumplirlas deben ser evaluados por cada jefe dentro del servicio, ya que si existe personal que no cumple las reglas del servicio brinda un riesgo para la seguridad clínica de los pacientes.

b) Condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se internan los pacientes. Hace mención a la disponibilidad de infraestructura, equipos e insumos en las mejores condiciones posibles para operar los servicios. Ambientes que no presentan buena higiene, los alimentos en estado de descomposición la poca presencia de equipos modernos con sus respectivos protocolos son un riesgo del ambiente para una buena seguridad. La disponibilidad de esos elementos depende en gran medida de la capacidad de los gerentes clínicos para gestionarlos.

De los tipos de seguridad descritos, la seguridad clínica es la que se asocia más directamente con el proceso de atención de los pacientes, debido a ello tiene estrecha relación con el origen de los eventos adversos, los cuales son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “incidentes que producen daño al paciente” (62). Teniendo en cuenta lo mencionado

anteriormente, el evento adverso es una manifestación de “inseguridad clínica” y algunos países para disminuirlo han desarrollado programas específicos y “unidades de gestión de riesgos clínicos hospitalarios”. Estos programas y unidades fueron encargados a personal del propio hospital, ya que se parte de la premisa de que cada hospital tiene problemas de seguridad peculiares y sus trabajadores están en mejor posición que otros para detectarlos, analizarlos y controlarlos (63).

#### **d. Seguridad del paciente**

Es una categoría más pequeña y más reciente de la seguridad en el campo sanitario; de hecho, debe verse como una resultante de los otros tres tipos de seguridad mencionados, por lo que puede ser definida como “el resultado de la seguridad del sistema sanitario, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica y no solo de la actuación del médico o del personal de salud”.

Desde ese punto de vista, la seguridad del paciente resulta ser una variable dependiente de un conjunto finito de variables independientes: la seguridad humana, la seguridad hospitalaria y la seguridad clínica.

Si bien la seguridad del paciente se relaciona causalmente con la calidad de atención, la definición mencionada amplía las posibilidades de un abordaje integral o multicausal y no circunscrito a los elementos clásicos de la calidad de atención. En esa perspectiva, la seguridad clínica, la seguridad hospitalaria y la seguridad humana son igualmente importantes para construir la seguridad del paciente.

El concepto de seguridad del paciente es relativamente nuevo y se apoya en elementos conocidos de la seguridad clínica, como los de práctica médica

basada en la evidencia, uso de protocolos de atención, uso racional de medicamentos, aplicación de principios de ética médica y buena relación médico-paciente. La práctica de estos elementos contribuye a la seguridad del paciente así como a la denominada *lex artis medica* y, por tanto, previene de la “mala praxis”.

Dado que existe relación estrecha entre buena práctica médica y la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud ha decidido impulsar la “Guía curricular sobre seguridad del paciente para escuelas de medicina”, con el fin de estimular la seguridad desde el proceso formativo (64). En México, el Reglamento de la Ley General de Salud define que la atención médica se debe realizar “de acuerdo con los principios científicos y éticos que la orientan” (65), lo que puede tomarse como equivalente de buena práctica médica o “buena praxis”.

Entre las medidas más recientes para mejorar la seguridad del paciente se encuentran la vigilancia de medicamentos, de equipos médicos y de tecnologías (66), así como el lavado de manos y el uso de una lista de verificación quirúrgica. La Organización Mundial de la Salud ha definido campos de investigación para generar conocimiento que contribuya a mejorar la calidad y la seguridad del paciente (67) y la Organización Panamericana de la Salud ha hecho lo propio en el continente (68).

En el marco de la acreditación que lleva a cabo la Secretaría de Salud de México, la seguridad se define como “los mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente”. Parafraseando esta definición se puede decir que “la atención médica es segura cuando cumple con requerimientos técnicos básicos”. Esta

premisa de seguridad del paciente también lo es para la calidad de la atención, ya que aquella forma parte de ésta y ambas tienen estrecha relación (69).

### **2.3.2.3. Evento adverso**

#### **a. Definiciones**

Se define como todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos (70).

También se puede mencionar como el daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica (71).

Esta lesión no tiene que ver con la enfermedad de base sino que se causan durante el proceso de atención.

Algunos autores han preferido llamarlos “eventos reportables”

#### **b. Clasificación**

Según la OMS (72), los eventos adversos se clasifican:

##### **Evento adverso prevenible**

Es un resultado que no se desea y está asociado con un error en el suministro de la atención, resultado de una falla para observar una práctica que fue descrita adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de algo no adecuada al usar estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado

##### **Evento adverso no prevenible**

Resultado no deseado, ocasionado accidentalmente, que se presenta a pesar de hacer uso de los protocolos recomendados, guías o estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

#### **2.3.2.4. La Enfermería y la seguridad de los pacientes**

La seguridad de los pacientes ha sido una preocupación creciente por parte de los profesionales del mundo entero, tanto así que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incluyó dentro de sus páginas informativas y publicaciones algunos ítems de interés para la seguridad de los pacientes (73).

La preocupación creciente del CIE es la formación de recursos idóneos, capaces de asumir los retos de la seguridad en un marco de calidad e integración institucional. Sin embargo, no sería el único punto importante a ser tratado en el marco de la seguridad, ya que si bien los “errores del hombre podrían a veces originar fallos graves, hay generalmente factores sistémicos más profundos que, de haberse tratado antes, hubieran podido evitarse los errores. De ahí que, para aumentar la seguridad de los pacientes, se precise una amplia serie de acciones en la contratación, formación y retención de los profesionales de salud y sea necesario también mejorar los resultados, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, así como el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, la seguridad de la práctica hospitalaria y del entorno de los cuidados” (74).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de estudio

Según la intervención del investigador fue de tipo observacional, debido a que no existió intervención del investigador.

Asimismo, según la planificación de la toma de datos, el estudio fue prospectivo, porque los datos fueron recopilados a propósito de la investigación.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, es decir todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue descriptivo, porque el análisis estadístico fue univariado.

#### 3.2. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo simple, como se muestra a continuación:

n ----- O

**n** = Muestra

**O** = Observación de la variable en estudio

### **3.3. Población**

La población estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco, que en total fueron 82 enfermeros.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería contratado o nombrado.
- Personal de enfermería que labora en los servicios de hospitalización de los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Unidad Cuidados Intensivos, Emergencia y Ginecología.
- Personal de enfermería con aceptación del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio:

- Personal de enfermería con permiso o licencia.
- Personal de enfermería que realiza solamente acciones administrativas.
- Personal de enfermería con rotación eventual en el servicio.

#### **3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo**

El estudio se llevó a cabo en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Unidad Cuidados Intensivos, Emergencia y Ginecología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito, provincia y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de julio a diciembre del 2015.

### **3.4. Muestra y muestreo**

**3.4.1. Unidad de análisis:** Cada profesional de enfermería.

**3.4.2. Unidad de muestreo:** Igual que la unidad de análisis.

**3.4.3. Marco muestral:** Estará conformada por la nómina de lista.

**3.4.4. Tamaño de muestra:** No se tuvo en cuenta el cálculo del tamaño muestra debido a que la población fue pequeña, por lo que se trabajó con una población muestral total de 82 enfermeros.

**3.4.5. Tipo de muestreo:** No se tuvo en cuenta ningún tipo de muestreo en la selección de la muestra.

### **3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.5.1. Método**

El método a utilizarse fue:

- La psicometría

#### **3.5.2. Instrumento**

Asimismo, el instrumento utilizado fue:

**a. Escala sobre cultura de seguridad del paciente:** estuvo compuesto por tres partes, donde en primer lugar constituyeron los datos generales y también se consideraron datos laborales del personal de enfermería en estudio. Por último, se consideraron datos relacionados sobre la cultura de seguridad del paciente, para lo cual se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (75), instrumento que permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente mediante la escala de Lickert. (Anexo 01), lo cual determinó un valor de alto a todo acontecimiento o suceso más frecuente, medio a un acontecimiento o

suceso casi frecuente y bajo a un acontecimiento o suceso poco frecuente.

### **3.5.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Se tuvo en cuenta la evaluación del contenido por jueces mediante la valoración de 5 jueces de especialidad relacionados al tema, donde por unanimidad emitieron respuestas favorables sobre el instrumento de investigación.

Asimismo, mediante una prueba piloto realizada a 25 personas, se determinó la validación del constructo teniendo en cuenta el análisis de la fiabilidad para escalas mediante el alfa de cronbach, donde en general se obtuvo un coeficiente de 0,873, indicando alta confiabilidad de nuestro instrumento e investigación.

### **3.6. Procedimientos de recolección de datos**

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso o coordinaciones con la Dirección del Hospital y servicios de hospitalización en estudio.
- Se tuvo en cuenta una capacitación para los encuestadores y supervisores en la recolección de la información.
- Se realizó también una prueba piloto previo a la recolección de datos propiamente dicho.
- Se aplicó los instrumentos para la recolección propiamente dicho mediante un plan de trabajo (Anexo 03).
- Y, por último se tuvo en cuenta la tramitación de los datos.

### **3.7. Elaboración de los datos**

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

### **3.8. Análisis de los datos**

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron las medidas de frecuencia y también las estadísticas de resumen como la media, mediana, moda, desviación estándar y las varianzas.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi cuadrada para una muestra, con un nivel de significación del 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20,0.

### **3.9. Aspectos éticos de la investigación**

Dentro de las consideraciones éticas, se tuvo en cuenta la aplicación de un consentimiento informado (Anexo 02), tomando en cuenta los principios de la beneficencia, el respeto y la justicia.

Asimismo, se tomó en consideración la revisión del asesor y jurado de tesis.

**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

**4.1. Resultados descriptivo**

**4.1.1. Características generales:**

Tabla 01. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia (n = 82)</b>	<b>%</b>
<b>Edad en años</b>		
29 a 39	65	79,3
40 a 50	13	15,9
51 a 60	4	4,9
<b>Sexo</b>		
Masculino	13	15,9
Femenino	69	84,1
<b>Estado civil</b>		
Casado	69	84,1
Conviviente	3	3,7
Soltero	9	11,0
Viudo	1	1,2
<b>Nivel de estudios</b>		
Licenciado	45	54,9
Especialista	30	36,6
Magíster	6	7,3
Doctor	1	1,2

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En cuanto a la características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que el 79,3% (65 enfermeros) tuvieron edades entre 29 a 39 años y en menor porcentaje del 4,9% entre 51 a 60 años, por otro lado, el 96,3% (79 enfermeros) fueron de sexo femenino, asimismo, el 84,1% (69 enfermeros) se encontraban casados y el 54,9% (45 enfermeros) tenían la licenciatura.

Tabla 02. Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Características laborales</b>	<b>Frecuencia (n = 82)</b>	<b>%</b>
<b>Servicio en el que labora</b>		
Medicina	14	17,1
Cirugía	11	13,4
Pediatría	12	14,6
Neonatología	9	11,0
Unidad Cuidados Intensivos	12	14,6
Emergencia	19	23,2
Ginecología	5	6,1
<b>Situación laboral</b>		
Nombrado	54	65,9
Contratado	28	34,1
<b>Experiencia profesional como enfermera en años</b>		
3 a 11	60	73,2
12 a 21	17	20,7
22 a 30	5	6,1
<b>Experiencia profesional en el servicio en años</b>		
1 a 8	78	95,1
9 a 16	3	3,7
17 a 24	1	1,2

Fuente: Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En relación a las características laborales de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que el 23,2% (19 enfermeros) eran del servicio de emergencia y en menor porcentaje del 6,1% del servicio de ginecología. El 65,9% (54 enfermeros) se encontraban nombrados, el 73,2% (60 enfermeros) tenían experiencia profesional como enfermera entre 3 a 11 años y el 95,1% (78 enfermeros) contaban con experiencia profesional en el servicio de 1 a 8 años.

#### 4.1.2. Características sobre la cultura de seguridad del paciente:

Tabla 03. Percepción de la sub-dimensión “frecuencia de eventos notificados” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Frecuencia de eventos notificados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	27	32,9
Media	52	63,4
Baja	3	3,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En razón a la percepción de la sub-dimensión “frecuencia de eventos notificados” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 63,4% (52 enfermeros) manifestaron una percepción media, sin embargo el 32,9% (27 enfermeros) aseguraron de una percepción alta y en cambio el 3,7% (3 enfermeros) mostraron una percepción baja.

Tabla 04. Percepción de la sub-dimensión “percepción de seguridad” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Percepción de seguridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	1	1,2
Media	80	97,6
Baja	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Respecto a la percepción de la sub-dimensión “percepción de seguridad” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 97,6% (80 enfermeros) declararon una percepción media, y el 1,2%(1) de ellos manifestaron una percepción baja y alta, cada una.

Tabla 05. Percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Resultados de la cultura de seguridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	9	11,0
Media	72	87,8
Baja	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En cuanto a la percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 87,8% (72 enfermeros) revelaron una percepción media, sin embargo el 11,0% (9 enfermeros) afirmaron una percepción alta y en cambio el 1,2%(1) de ellos se halló en una percepción baja.

Tabla 06. Percepción de la sub-dimensión “expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	5	6,1
Media	77	93,9
Baja	0	0,0
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Con respecto a la percepción de la sub-dimensión “expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 93,9% (77 enfermeros) manifestaron una percepción media, y el 6,1% (5 enfermeros) mostraron una percepción alta.

Tabla 07. Percepción de la sub-dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	41	50,0
Media	38	46,3
Baja	3	3,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En razón a la percepción de la sub-dimensión “aprendizaje organizacional/mejora continua” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que el 50,0% (41 enfermeros) manifestaron una percepción alta, le sigue con el 46,3% (38 enfermeros) con un percepción media y el 3,7% (3 enfermeros) manifestaron una percepción baja.

Tabla 08. Percepción de la sub-dimensión “trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	59	72,0
Media	20	24,4
Baja	3	3,7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En relación a la percepción de la sub-dimensión “trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 72,0% (59 enfermeros) manifestaron una percepción alta, sin embargo el 24,4% (20 enfermeros) afirmaron una percepción media y en cambio el 3,7% (3 enfermeros) mostraron una percepción baja.

Tabla 09. Percepción de la sub-dimensión “franqueza en la comunicación” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Franqueza en la comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	1	1,2
Media	76	92,7
Baja	5	6,1
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Concerniente a la percepción de la sub-dimensión “franqueza en la comunicación” de los profesionales de enfermería en estudio, se halló que la mayoría del 92,7% (76 enfermeros) manifestaron una percepción media, en cambio el 6,1% (5 enfermeros) tuvieron una percepción baja y el 1,2%(1) de ellos alcanzó una percepción alta.

Tabla 10. Percepción de la sub-dimensión “feed-back y comunicación sobre errores” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Feed-back y comunicación sobre errores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	11	13,4
Media	63	76,8
Baja	8	9,8
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En referencia a la percepción de la sub-dimensión “feed-back y comunicación sobre errores” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 76,8% (63 enfermeros) tuvieron una percepción media, sin embargo el 13,4% (11 enfermeros) afirmaron una percepción alta y en cambio el 9,8% (8 enfermeros) mostraron una percepción baja.

Tabla 11. Percepción de la sub-dimensión “respuesta no punitiva a los errores” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	6	7,3
Media	64	78,0
Baja	12	14,6
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En razón a la percepción de la sub-dimensión “respuesta no punitiva a los errores” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 78,0% (64 enfermeros) manifestaron una percepción media, en cambio el 14,6% (12 enfermeros) aseguraron una percepción baja y el 7,3% (6 enfermeros) mostraron una percepción alta.

Tabla 12. Percepción de la sub-dimensión “dotación de personal” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Dotación de personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	5	6,1
Media	54	65,9
Baja	23	28,0
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En cuanto a la percepción de la sub-dimensión “dotación de personal” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 65,9% (54 enfermeros) tuvieron una percepción media, en cambio el 28,0% (23 enfermeros) aseguraron una percepción baja y el 6,1% (5 enfermeros) revelaron una percepción alta.

Tabla 13. Percepción de la sub-dimensión “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	3	3,7
Media	74	90,2
Baja	5	6,1
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Respecto a la percepción de la sub-dimensión “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 90,2% (74 enfermeros) tuvieron una percepción media, en cambio el 6,1% (5 enfermeros) aseguraron una percepción baja y el 3,7% (3 enfermeros) mostraron una percepción alta.

Tabla 14. Percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad a nivel del servicio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	2	2,4
Media	80	97,6
Baja	0	0,0
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En cuanto a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 97,6% (80 enfermeros) tuvieron una percepción media y el 2,4% (2 enfermeros) manifestaron una percepción alta.

Tabla 15. Percepción de la sub-dimensión “trabajo en equipo entre unidades/servicios” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Trabajo en equipo entre unidades/servicios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	3	3,7
Media	78	95,1
Baja	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En razón a la percepción de la sub-dimensión “trabajo en equipo entre unidades/servicios” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 95,1% (78 enfermeros) declararon una percepción media, sin embargo el 3,7% (3 enfermeros) aseguraron una percepción alta y en cambio el 1,2%(1) de ellos mostró una percepción baja.

Tabla 16. Percepción de la sub-dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	16	19,5
Media	51	62,2
Baja	15	18,3
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En referencia a la percepción de la sub-dimensión “problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 62,2% (51 enfermeros) manifestaron una percepción media, sin embargo el 19,5% (16 enfermeros) aseguraron una percepción alta y en cambio el 18,3% (15 enfermeros) mostraron una percepción baja.

Tabla 17. Percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	15	18,3
Media	66	80,5
Baja	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Respecto a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 80,5% (66 enfermeros) tuvieron una percepción media, sin embargo el 18,3% (15 enfermeros) aseveraron una percepción alta y en cambio el 1,2%(1) de ellos indicó una percepción baja.

Tabla 18. Percepción general de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	4	4,9
Media	78	95,1
Baja	0	0,0
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En general, en cuanto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 95,1% (78 enfermeros) manifestaron una percepción media, y el 4,9% (4 enfermeros) afirmaron una percepción alta.

## 4.2. Resultados inferencial

Tabla 19. Comparación de frecuencias observadas mediante la Prueba Chi cuadrada en la percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Resultados de la cultura de seguridad</b>	<b>Frecuencia observada</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba Chi cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Alta	9	11,0	27		
Media	72	87,8	27		
Baja	1	1,2	27	110,66	0,000
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>			

Fuente: Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Respecto a la percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” de los profesionales de enfermería en estudio, se evidenció que 87,8% de los enfermeros tuvieron nivel de percepción media, el 11,0% de alta y 1,2% nivel de percepción baja. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ); observando que predominan aquellos profesionales de enfermería con nivel de percepción media sobre los resultados de la cultura de seguridad.

Tabla 20. Comparación de frecuencias observadas mediante la Prueba Chi cuadrada en la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad a nivel del servicio</b>	<b>Frecuencia observada</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba Chi cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Alta	2	2,4	41		
Media	80	97,6	41	74,20	0,000
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Con respecto a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” de los profesionales de enfermería en estudio, se evidenció que 97,6% de los enfermeros tuvieron nivel de percepción media y 2,4% nivel de percepción alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ); observando que predominan aquellos profesionales de enfermería con nivel de percepción media sobre la cultura de seguridad a nivel del servicio.

Tabla 21. Comparación de frecuencias observadas mediante la Prueba Chi cuadrada en la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital</b>	<b>Frecuencia observada</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba Chi cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Alta	15	18,3	27	85,63	0,000
Media	66	80,5	27		
Baja	1	1,2	27		
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>			

Fuente: Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

En relación a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” de los profesionales de enfermería en estudio, se evidenció que 80,5% de los enfermeros tuvieron nivel de percepción media, el 18,3% de alta y 1,2% nivel de percepción baja. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ); observando que predominan aquellos profesionales de enfermería con nivel de percepción media sobre la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.

Tabla 22. Comparación de frecuencias observadas mediante la Prueba Chi cuadrada en la percepción general de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2014

<b>Cultura de seguridad del paciente</b>	<b>Frecuencia observada</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba Chi cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Alta	4	4,9	41		
Media	78	95,1	41	66,78	0,000
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala sobre cultura de seguridad del paciente (Anexo 01).

Y, en cuanto a la percepción general de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en estudio, se evidenció que 95,1% de los enfermeros tuvieron nivel de percepción media y 4,9% nivel de percepción alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ); observando que predominan aquellos profesionales de enfermería con nivel de percepción general media sobre la cultura de seguridad del paciente.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1. Discusión de los resultados

La aplicación del término seguridad en la asistencia a la salud se justifica debido a la complejidad de la práctica clínica y la organización de la asistencia; su aplicación está fundamentada en las consecuencias que repercuten en la salud y en el bienestar de las personas que utilizan la asistencia para la salud (76).

Smythe (77) menciona que la seguridad es un fenómeno singular, que depende de la percepción, interpretación y de los proyectos de vida de cada persona. Un ambiente puede parecer seguro para profesionales y, a la vez, puede presentarse inseguro para el paciente, cuando la comunicación, el vínculo y el diálogo no se establecen entre las partes. Por esto, el ver y el escuchar son fundamentales para la construcción de una práctica segura. Quien está siendo asistido tiene que tener la oportunidad de ser sentido, escuchado y comprendido para el establecimiento de una relación de confianza entre quien cuida y quien está siendo cuidado.

Por su parte Lima, Souza, Freire, Aires, Bessa y De Souza (78) señalan que la seguridad del paciente viene siendo adoptado desde el siglo XX por los profesionales que trabajan en la atención en salud. Los profesionales de enfermería están involucrados en este ramo por ser una categoría profesional que corresponde a mayor porcentaje de profesionales en el servicio y por desempeñar acciones de cuidado, tanto directo como

indirecto, que pueden estar asociadas a la presencia de riesgos para la salud.

En nuestra investigación se encontró que 95,1% (78 enfermeros) tuvieron nivel de percepción media sobre la cultura de seguridad del paciente y 4,9% nivel de percepción alta, predominando aquellos profesionales de enfermería con nivel de percepción general media sobre la cultura de seguridad del paciente ( $P \leq 0,000$ ). Del mismo modo, referente a la percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” 87,8% tuvieron nivel de percepción media; sobre la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” 97,6% también presentaron nivel de percepción media y en cuanto a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” 80,5% mostraron nivel de percepción media, todas con nivel de significancia de  $P \leq 0,05$ .

Ello concuerda con los resultados del estudio de Fajardo, Rodríguez, Arbolea, Rojano, Hernández y Santacruz (79) quienes realizaron un estudio transversal y descriptivo mediante una encuesta sobre la cultura para la seguridad del paciente a través de la versión traducida al español del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality, encontrando una percepción global sobre la seguridad del 51% y en las dimensiones, la dimensión más baja fue la apertura en la comunicación (38%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68%).

Roqueta, Tomás, Chanovas (80) encontraron como dimensiones mejor valoradas las de “trabajo en equipo en la unidad” y “expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la

seguridad”. Las dimensiones peor valoradas son “dotación de personal”, con un 57%, y “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, con un 47%.

Por otro lado, Hellings, Klazinga y Vleugels (81) tuvieron como resultados más bajos vistos negativamente en las dimensiones: El hospital ofrece apoyo a la gestión de la seguridad del paciente (35%), No respuesta punitiva a un error (36%), Hay suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo (38%). Los elementos que reciben los más bajos resultados fueron: La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad a otra (24%), Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente (26%), Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado deprisa (28%), La gerencia del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (28%). El tema que recibe la máxima puntuación positiva es “cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos todos como equipo para terminarlo”: 74%.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (82) hallaron que más del 90% de los que respondieron tiene contacto directo con los pacientes en su trabajo. El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8. La gran mayoría de los encuestados (77,8%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año. El 95% contesta haber notificado menos de dos. La información obtenida en cuanto a ítems específico señala como fortalezas solo dos de los 42 ítems que indaga el cuestionario: “El personal se apoya mutuamente” (78,2% de respuestas positivas) y “Cuando se detecta algún fallo en la

atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (76,8% de respuestas positivas). En relación con las debilidades, se centran sobre todo y por este orden en las dimensiones “Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” (acumulan más del 50% de todas las respuestas con carácter negativo). Las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus y Soto (83) caracterizaron la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, permitiendo evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture Versión Española. Asimismo, hallaron los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el

cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.

Godoy y Pecanha (84) informan que investigar la cultura de seguridad no es sólo identificar la presencia o ausencia de determinadas variables concretas, sino examinar las relaciones individuo-trabajo-organización involucrada en ellas. Esto puede profundizar el conocimiento sobre la cultura de seguridad de una institución con un enfoque en la gestión del riesgo. Estas prerrogativas básicas han subsidiado los cambios en favor de la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. Por lo tanto, la seguridad del paciente es considerada como un componente crítico de la calidad de la asistencia.

Finalmente, el estudio realizado supone un avance en la línea de investigación y proporciona una base sólida para la investigación futura.

## CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En general, el 95,1% (78 enfermeros) manifestaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente. Asimismo, en cuanto a la percepción de la dimensión “resultados de la cultura de seguridad” el 87,8% (72 enfermeros) revelaron una percepción media; respecto a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel del servicio” el 97,6% (80 enfermeros) tuvieron una percepción media; y a la percepción de la dimensión “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital” el 80,5% (66 enfermeros) tuvieron una percepción media.
- Se encontró diferencias significativas para el predominio de profesionales de enfermería con nivel de percepción general media sobre la cultura de seguridad del paciente ( $P \leq 0,000$ ).
- Y, en cuanto a las dimensiones de “resultados de la cultura de seguridad”, “cultura de seguridad a nivel del servicio” y “cultura de seguridad a nivel de todo el hospital”, también predominaron con diferencias significativas el nivel de percepción media, cada una, todas con nivel de significancia de  $P \leq 0,05$ .

## **RECOMENDACIONES**

Se recomiendan lo siguiente:

### **A los estudiantes de Enfermería**

- Continuar con la gestación de estudios de investigación de nivel relacional o explicativo relacionados al tema investigado.

### **A la Universidad de Huánuco**

- Difundir los estudios de investigación desarrollados por los estudiantes.
- Difundir a los estudiantes mediante sus docentes la cultura de seguridad que deben brindar a los pacientes y la importancia que esto tiene al realizar una determinada atención y procedimientos.

### **A los profesionales de Enfermería**

- Implementar un programa de cultura de aprendizaje para la seguridad del paciente.
- Fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.

### **A las autoridades del Hospital**

- Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las Jefaturas y la Dirección del Hospital en estudio.
- Brindarle mayor seguridad a los pacientes a través del personal que labora en el Hospital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Investigación para la seguridad del paciente: mejor conocimiento para una atención más segura. 2008; 20. Disponible en:<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)>. Acceso en: 08/07 2012.
2. Bonato VL. Gestión de la calidad de la Salud: mejorar el apoyo de gestión de calidad de la Salud al cliente: Mejorar el apoyo al cliente. Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente. São Paulo. 2011;35(5):319–31.
3. Camargo G, Queiroz AL, Silvestre NC, De Camargo AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enfermería Global Enero 2014;(33):336-348.
4. Reiling JG. La creación de una cultura de seguridad del paciente a través de un diseño innovador del hospital. Los avances en la seguridad del paciente: De la investigación a la Implementación. Volume 3, AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). Feb. 2005. Disponible en: <<http://www.ahrq.gov/qual/advances/>>. Acceso em 25/08/12.
5. Sorra J, Nieva VF. Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del paciente. AHRQ Publication n. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Sept. 2004. Disponible em <<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>> Acceso em 25/08/12.
6. Gluck PA. liderazgo médico: esencial en la creación de una cultura de seguridad. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(3):473-81.

7. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud, 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente.
9. Grupo de Trabajo de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente. Resumen de la evidencia sobre la Seguridad del Paciente: Implicaciones para la investigación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
10. IBID; p. 1.
11. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Eventos adversos y eventos adversos prevenibles en niños. *Pediatrics*, 2005 January; 115(1):155-160.
12. Aranaza JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)* 2004;123(1):21-5.
13. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
14. Hoffmann B, Rohe J. La seguridad y el error de gestión del paciente. ¿Qué causa los eventos adversos y cómo pueden prevenirse? *Dtsch Ärzteblatt Int.* 2010;107(6):92–9.
15. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. La prevalencia de los eventos adversos en los hospitales de cinco países de América Latina: resultados del Estudio

- Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS). *Br Med J Qual Saf.* 2011;20(12): 1043–51.
16. Aranaz J, Aibar C, Limon, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. Un estudio de la prevalencia de los eventos adversos en la atención sanitaria primaria en España. *Eur J Public Health.* 2011;21:1–5.
  17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Informe de febrero de 2006.
  18. Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. 2009.
  19. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22(6):335-41.
  20. Vangeest J, Cummins D. Necesidades de una evaluación educativa para mejorar la seguridad del paciente. Resultados de un Estudio Nacional de Médicos y Enfermeras. National Patient Safety Foundation®. Ontario, Canadá; 2009.
  21. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *México, D. F. Cir Cir* 2010;78:527-532.
  22. Jaraba C, Sartolo MT, Villaverde MV, Espuis L, Rivas M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de

- Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2013; 36 (3): 471-477.
23. Singer S, Gaba D, Geppert J; Sinaiko A, Howard S, Park K. La cultura de la seguridad: resultados de una encuesta en toda la organización en 15 hospitales de California. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 112-118.
  24. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Cultura de seguridad del paciente desafiante: resultados de la encuesta. *Int J Health Care Qual Assur International.* 2007; 20 (7): 620-632.
  25. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre seguridad de los pacientes. Adaptada 2002.
  26. Cook F, Guttmannova K. Un error por cualquier otro nombre. *American Journal of Nursing.* 2004; 104(6): 32-43.
  27. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calidad Asistencial.* 2014;29:143-9.
  28. Jaraba C, Sartolo MT, Villaverde MV, Espuis L, Rivas M. Op. cit. p. 471-472.
  29. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Op. cit. p. 527.
  30. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería XVII* 2011; (3): 97-111.
  31. Aranaz-Andrés J, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Op. cit. p. 194.

32. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Op. cit. p. 335.
33. Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma 1992.
34. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier. Mosby; 2007
35. Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI; 1993.
36. Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. Am J Public Health [internet] 1980 [consultado el 26 de marzo del 2011]; 70(8):[798-803].
37. Cooper M. Hacia un modelo de cultura de la seguridad. Saf Sci 2000;36:111-136.
38. Mustard LW. La cultura del silencio. J Med Pract Manage 2009;3:153-155.
39. Leiker M. Eventos centinela, conductas disruptivas, y los códigos de conducta del personal médico. WMJ 2009;108:333-334.
40. Howard L. Validación del Modelo de valores en competencia como una representación de las culturas organizacionales. International Journal of Organizational Analysis. 1998;6:231-250.
41. Davies H. La cultura y la calidad de la atención de la salud organizacional. Quality in Health Care.2000;9:111-119.
42. Cooper M. Op. cit. p. 132.

43. Greenberg J, Baron R. Comportamiento en las Organizaciones. 6ª Edición. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall; 1997.
44. Schiff G, Rucker T. Más allá de la estructura-proceso-resultado: Siete Pilares de Donabedian y Once Contrafuertes de Calidad. *Journal on Quality Improvement*. 2001;27:169-174.
45. Berwick D, Nolan T. La calidad como estrategia: Rediseño y el uso de grandes modelos de sistema. Institute for Healthcare Improvement. 2001.
46. Gómez AI. Dilemas Éticos Frente a la seguridad del Paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichan 2006;6.
47. MINSA. Norma Técnica Sanitaria para la seguridad del paciente. Dirección de Calidad en Salud, Lima-Perú 2008.
48. Saura J. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 2010; 42: 539-540.
49. Rojas-Aravena F. Seguridad humana, prevención de conflictos y paz. Chile: Moufida Goucha Editores; 2002. pp. 35-46.
50. Pérez de Armiño K. El concepto y el uso de la seguridad humana: análisis crítico de sus potencialidades y riesgos. *Revista CIDOB d' Afers Internacionals* diciembre 2006-enero 2007;76:59-77.
51. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Definición y medición del desarrollo humano. En: Informe sobre Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores; 1990. pp. 31-45.
52. Rosado BL, Martínez SJ. Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* 2005;20:110-114.

53. Organización Mundial de la Salud. Alocución de la Dra. Gro Harlem Brundtland durante la 55ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. pp. 1-4.
54. Roses PM. Seguridad humana: una mirada desde la salud pública. Presentación realizada en la LXVII Reunión Anual USMBHA/AFMES “Seguridad Humana: Una nueva respuesta fronteriza”, Mayo de 2009. [Consultado 05 Ene 14] Disponible en <http://66.101.212.220/mirtaroses/index.php?id=94>.
55. Organización Panamericana de la Salud. 45ª. Reunión del Consejo Directivo. Informe sobre la repercusión de los desastres en los establecimientos de salud. Washington, DC: OPS; 2004. pp. 6-7. [Consultado 20 Ene 14] Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-27-s.pdf>.
56. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Primer Informe de la Comisión A. Acción Sanitaria en relación con las crisis y los desastres, con especial referencia a los terremotos y maremotos sufridos por Asia meridional el 26 de diciembre de 2004. [Consultado 20 Mar 14] Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_49-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_49-sp.pdf).
57. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres. Documento de trabajo para la Conferencia. Washington, DC: OPS/OMS; 2007. pp. 1-2. [Consultado 19 Mar 14] Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-12-s.pdf>.

58. Organización Panamericana de la Salud/Unión Europea. Preparativos en salud, agua y saneamiento para la respuesta local ante desastres. Quito: OPS; 2007. pp. 29-33.
59. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington, DC: OPS; 2008. pp. 15-24.
60. Herrera RF, García EI. Una revisión histórica de la seguridad clínica. Madrid: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Fondo Editorial Humanitas, Monografía No. 8. 2006. pp. 10-12.
61. Aibar R. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. Rev Calidad Asistencial 2005;20:183-184.
62. Organización Mundial de la Salud. El marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2007:12-13.
63. Pardo R, Jara A, Padilla D, Fernández J, Hernández CJ, Manchen B. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev Calidad Asistencial 2005;20:211-215.
64. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente guía curricular para las escuelas de medicina. Ginebra: OMS; 2009:37-42.
65. Poder Ejecutivo Federal. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo 1. De Disposiciones Generales, artículo 9. Diario Oficial de la Federación del 29 de abril de 1986.

66. Organización Mundial de la Salud. 55<sup>a</sup>. Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. pp. 5-6.
67. Organización Mundial de la Salud. La seguridad del paciente. Prioridades globales para la investigación de seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2009:2-5.
68. Organización Panamericana de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Documento de trabajo para la Conferencia, a realizarse en Washington, DC: OPS; 2007. pp. 5-8.
69. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. México: SSa; 2007. pp. 6-7.
70. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.
71. Growing M. Consenso sobre los errores médicos, capítulo 1. Errar es humano Reportar. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999.
72. OMS. Seguridad del Paciente: Métodos de evaluación rápida para la estimación de los riesgos. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Recursos Humanos para la Salud. Ginebra, 2003.
73. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Enfermera, dotación y mortalidad de los pacientes, Burnout enfermera, y la insatisfacción laboral, JAMA. 2002; 288: 1987-1993.
74. Página informativa seguridad de los pacientes: Hoja de datos de la Alianza Mundial de Profesiones de Salud. 2010. [Consultado 20 Abr

14]Disponible en  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/20b\\_FSSeguridad\\_pacientes-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FSSeguridad_pacientes-Sp.pdf).

75. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [Internet] España [Citado el 24 de junio de 2014]. Hallado en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
76. Prieto Rodríguez, M. A. et al. Las percepciones de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Med Clin (Barc)*, v. 131 Suppl 3, p. 33-8, Dec, 2008.
77. Smythe, E. La seguridad es un acto interpretativo: un análisis hermenéutico de la atención en el parto. *Int J Nurs Stud*, v. 47, n. 12, p. 1474-82, 2010.
78. Lima FSS, Souza NPG, Freire P, Aires CH, Bessa MS, De Souza AC. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enfermería Global* Julio 2014;(35):293-309.
79. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano C, Hernández F, Santacruz J. *Op. Cit.* P. 527.
80. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Barcelona, España. *Emergencias* 2011; 23: 356-364.
81. Hellings S, Klazinga S, Vleugels B. *Op. Cit.* P. 620.

82. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
83. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Op. Cit. P. 97.
84. Godoy RSP, Pecanha DLN. Cultura organizacional en procesos de innovación: un estudio psicosociológico de empresa de base tecnológica. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, 2009;29(1).Disponble en:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415711X2009000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2009000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25/08/2012.

# **ANEXOS**

Nº encuesta:

Fecha: / /

## ANEXO 01

### ESCALA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014.

**INSTRUCCIONES.** Sr (a). A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y con atención tómese el tiempo que sea necesario luego marque o complete según respuesta correspondiente.

Es necesario precisar que este cuestionario es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

**Gracias.**

#### I. CARACTERISTICAS GENERALES:

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ en años

1.2. Sexo:

Masculino ( )

Femenino ( )

1.3. Estado civil:

Casado ( )

Conviviente ( )

Soltero ( )

Viudo ( )

Separado ( )

1.4. Nivel de estudios:

Especialización ( )

Maestría ( )

Doctorado ( )

Educación continuada (Cursos, diplomados, otros) ( )

#### II. CARACTERISTICAS LABORALES:

2.1. Servicio en el que labora:

Medicina ( )

Cirugía ( )

Pediatría ( )  
 Neonatología ( )  
 UCI ( )

2.2. Situación laboral:

Nombrado ( )  
 Contratado ( )

2.3. Años de experiencia profesional como enfermera: \_\_\_\_\_ en años

2.4. Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución: \_\_\_\_\_ en años

**III. CARACTERISTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

Estamos realizando una investigación sobre la cultura de seguridad del paciente, por lo que le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos. Por favor marcar sobre el recuadro indicado. Tener en consideración que:

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas o procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

<b>Sección A: Su Servicio/Unidad</b>  <b>Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo</b> <b>Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>INDIFERENTE</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>MUY DE ACUERDO</b>
Resultados de la cultura de seguridad					
1. El personal se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	1	2	3	4	5
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1	2	3	4	5
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1	2	3	4	5

5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1	2	3	4	5
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	1	2	3	4	5
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1	2	3	4	5
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1	2	3	4	5
10. No se producen más fallos por casualidad	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	1	2	3	4	5
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable	1	2	3	4	5
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	1	2	3	4	5
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	1	2	3	4	5
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	1	2	3	4	5
17. En esta unidad o servicio hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1	2	3	4	5
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	1	2	3	4	5
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1	2	3	4	5

<b>Sección B. Indique por favor información referida al hospital.</b>	<b>MUY EN DESACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>INDIFERENTE</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>MUY DE ACUERDO</b>
Cultura de seguridad a nivel del servicio					
23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24. Las diferentes unidades del hospital no coordinan bien entre ellas					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático					
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
<b>Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad</b>  <b>Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias <u>en su servicio/unidad de trabajo</u></b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital					

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad.					
36. Se nos informa sobre los errores que ocurren en este servicio.					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores					
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO:** Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014.

Yo, ....., estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014.

**Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.**

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del enfermero

\_\_\_\_\_  
Firma investigador

Fecha: ...../...../.....

## **ANEXO 03**

### **INFORME DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. El problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud.

En ese sentido la problemática de mejorar la cultura seguridad del paciente del personal de enfermería mediante estrategias educativas es susceptible de resolución mediante una investigación razón por la que abordamos el presente estudio, cuyos resultados por su alto valor orientativo nos permitirán reconocer la importancia que tienen la cultura de seguridad del paciente.

Considerando que los resultados se derivan de la recolección de datos del trabajo de campo, se ha procedido aplicar la encuesta, por ser una de las etapas de una investigación de naturaleza cuantitativa.

## **II. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD.**

- ❖ Aplicar el instrumentos de recolección de datos
- ❖ Obtener datos fiables respecto a las categorías/ítems de los instrumentos.

## **III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.**

### **Selección de los días de aplicación de encuestas**

La selección de los días/momentos para la recolección de datos se hizo al azar, sin dejar de lado las horas de mayor pasividad en los servicios, es decir los turnos de tarde y guardia nocturna. Si bien el personal de enfermería del ámbito de estudio, se hallan distribuidos en diferentes horas y cada quien tiene un turno diferente de acudir a su servicio, se ha fijado los meses: Enero del 2015 (del lunes 26 al sábado 31 en el turnos mañana), Febrero del 2015 (del día lunes 2 al día domingo 15 durante el turno de la tarde y la guardia nocturna), Febrero ( del día lunes 16 al día sábado 28 en el turno de la mañana y tarde) y en Marzo (del día lunes 2 al día viernes 20 en los turnos de tarde y guardia nocturna), en razón a los criterios antes mencionados, esto con la finalidad de evitar sesgos durante la adquisición y procesamiento de datos.

### **Selección de los participantes del estudio.**

La muestra fue de 82 usuarios de los servicios de hospitalización, los cuales fueron seleccionados mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, descritos en el siguiente.

❖ **Criterios de inclusión:** se incluyeron en el estudio, al personal profesional de enfermería del hospital en estudio que:

- Laboren en los servicios que tengan hospitalización.
- Laboren en el servicio de emergencia
- Se encuentren LOTEPE.
- No presenten ningún grado de alteración de la conciencia.
- Acepten voluntariamente participar en el estudio. (Consentimiento informado).

❖ **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio al, al personal profesional de enfermería del hospital que:

- Labore en consultorios externos
- labore en el servicio de sala de operaciones y central de esterilización
- Presente alguna enfermedad infectocontagiosa.
- Estén atravesando algún tipo de crisis emocional.
- Presenten algún grado de alteración de la conciencia según la escala de Glasgow.
- No acepte participar en el estudio.

#### IV. RESULTADOS

**El tiempo promedio de aplicación del instrumento fueron:**

- Características socio demográfica: 3 minutos
- Cuestionario sobre características laborales : 2 minutos
- Cuestionario sobre características sobre la cultura de seguridad del paciente: 15 minutos.

**Tiempo promedio por persona: 20 minutos.**

En conclusión se logró aplicar los instrumentos a la muestra total planteada en el proyecto de investigación, el cual se describe en el cuadro siguiente:

Fecha	Hora de entrada	Actividad	Observación
Del 26/01/2015 al 31/01/2015	09:00 a.m.	Aplicación de 3 encuestas	Se hizo uso tan sólo de consentimiento informado verbal
Del 02/02/2015 al 15/02/2015	02:00 p.m.	Aplicación de 32 encuestas	Se aplicó el consentimiento informado verbal
Del 02/02/2015 al 15/02/2015	08:00 p.m.	Aplicación de 25 encuestas	Se aplicó el consentimiento informado verbal
Del 15/01/2015 al 28/02/2015	11:00 p.m.	Aplicación de encuestas 20	Se aplicó el consentimiento informado verbal
Del 02/03/2015 al 20/03/2015	03:00 p.m.	Aplicación de 2 encuestas	Se aplicó el consentimiento informado verbal
TOTAL		82 encuestas aplicadas en 5 momentos.	Se hizo uso consentimientos informado de forma verbal

## **V. DIFICULTADES DURANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS**

- ❖ Al desplazarme al servicio de hospitalización del Hospital regional Hermilio Valdizán, tuve dificultades al momento de iniciar la aplicación de las encuestas por el tiempo disponible del personal profesional de enfermería en su servicio.
- ❖ No se contó con el apoyo psicológico y social para atender a los encuestados en momentos de crisis emocional.
- ❖ Habían situaciones en las que no se ubicaba en su servicio al profesional de enfermería, lo cual nos dificultaba continuar con la aplicación de encuestas.
- ❖ No se tuvo la retribución para entregar a los encuestados.

**ANEXO 04**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_,  
de profesión \_\_\_\_\_, ejerciendo actualmente como  
\_\_\_\_\_, en la Institución  
\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de  
validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes  
recomendaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En Huánuco, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Firma**

**ANEXO 05**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

ESTUDIO: “Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014”

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOS</b>
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014.	Debido a que la presente investigación corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.	Cultura de seguridad del paciente	Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.  Diseño: Descriptivo de corte transversal.  Población: 48 enfermeros.  Muestra: 48 enfermeros.  Instrumento: Escala sobre cultura de seguridad del paciente
<b>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</b> ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad del Hospital en estudio?	<b>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</b> Establecer la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad del Hospital en estudio	<b>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (1)</b> La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a los resultados de la cultura de seguridad (SI/NO) son diferentes	Resultados de la cultura de seguridad: SI NO	
<b>PROBLEMA ESPECIFICO (2)</b> ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio del Hospital en estudio?	<b>OBJETIVO ESPECIFICO (2)</b> Evaluar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio del Hospital en estudio	<b>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (2)</b> La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel del servicio (SI/NO) son diferentes	Cultura de seguridad a nivel del servicio: SI NO	

<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (3)</b>  ¿Cuál es la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital del Hospital en estudio?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (3)</b>  Valorar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en estudio</p>	<p><b>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (3)</b>  La proporción de la percepción del profesional de enfermería por cultura de seguridad del paciente en relación a la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (SI/NO) son diferentes</p>	<p>Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:  SI  NO</p>	
---	--	--	--	--

